МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ГИПНОЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ГИПНОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Пособие для врачей

Москва
2001

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

760-47-37

ГИПНОЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ГИПНОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Пособие для врачей

Утверждено на заседании секции
по психиатрии Ученого совета МЗ РФ
29 ноября 2000г. Протокол №5
Председатель секции академик РАМН
Т.Б.Дмитриева

Москва
Российское общество медиков-литераторов
2001

УДК 616-89-085.815
ББК 56.14

Салынцев И.В. Гипноз в комплексном лечении больных героиновой наркоманией и особенности их гипнотического состояния на этапе реабилитации: Пособие для врачей. –М.: Минздрав РФ, РМАПО, 2001. – 39 с.

Рецензенты:

А.Г.Гофман, д.м.н., профессор, заведующий клиническим отделением Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РФ;

Б.А.Воскресенский, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета

Аннотация

В пособии для врачей излагается методика комплексного психотерапевтического лечения (с ведущим гипнотерапевтическим воздействием) героиновых наркоманов с различными характерологическими радикалами и особенности их гипнотического состояния в динамике терапии на этапе реабилитации. Раскрыта специфика гипносуггестий для этого контингента больных, в методике используются когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП), семейная психотерапия (СП), терапия творческим самовыражением (ТТС) в зависимости от их характера, интеллектуальных и творческих возможностей, а также активирующая психотерапия (АП). Пособие предназначается врачам-психотерапевтам.

Данное пособие для врачей подготовлено на кафедре психотерапии и медицинской психологии с курсом сексопатологии (зав. кафедрой доктор мед. наук профессор В.В.Макаров) научным сотрудником, кандидатом мед. наук, врачом высшей категории по специальности психотерапия И.В.Салынцевым (в настоящее время автор работает старшим научным сотрудником учебно-методического отдела ГНЦССП им. В.П.Сербского, тел. 275-02-07).

ISBN 5-7249-0682-1
Лицензия ЛР №030857 от 14.10.1998 г.

Формат 60x84/16 Печ.л. 2,0 Тираж 1000 экз. Заказ № 127

Типография «МАТИ»-РГТУ им. К.Э. Циолковского, Берниковская наб., 14

Содержание

От автора

Это пособие по гипнотерапии, четвертое из подготовленных и выпущенных в свет автором, возникло в ходе поиска путей решения острейших вопросов психиатрически-психотерапевтической и наркологической практики. Оно посвящено использованию гипноза в комплексном лечении больных героиновой наркоманией. Три предыдущих пособия, также основанных на личном врачебном опыте автора, излагали вопросы общей гипнотерапии, гипнотерапии детей и подростков, особенности гипносуггестий при некоторых формах эндогенных психических расстройств. Мой двадцатилетний клинический опыт свидетельствует о том, что гипноз с успехом можно применять в сочетании с другими методами психотерапии (когнитивно-поведенческой – КПП, аутогенной тренировкой – АТ, активирующей психотерапией – АП, терапией творческим самовыражением – ТТС, семейной психотерапией – СП и др.), на фоне психофармакотерапии при различных психических заболеваниях с подострым или хроническим течением. В острых состояниях гипноз в большинстве случаев противопоказан.

Успешность лечения героиновых наркоманов автором пособия на этапе реабилитации с использованием методов психотерапии (а в начале лечения преимущественно с помощью гипносуггестивной терапии) предопределило издание данной работы, хотя у некоторых наркологов упоминание термина «гипноз» применительно к наркомании и вызывает недоверчиво-снисходительную улыбку. Но, как говорится, истина превыше всего и факт остается фактом: гипносуггестивная терапия существенно помогает в комплексном лечении, при умелом использовании ее при точном определении показаний и противопоказаний. Вспоминается типичный эпизод. После доклада на одной из конференций наркологов об успешном лечении наркомана с четырехлетним стажем употребления наркотиков и длительной, стойкой ремиссией после моего лечения у слушателей появились сомнения и даже неверие в такой результат. Предвидя такую реакцию, я заранее пригласил больного. После его убедительного и искреннего выступления сомнения рассеялись даже у тех, кто был твердо убежден, что я, мягко выражаясь, говорил неправду.

Я твердо убежден, что успешное применение методов психотерапии зависит и от умелого использования их врачом, и от его серьезного отношения к лечению больного. Врачебное дилетантство с формальным отношением к психотерапии и неверие больного как в самого врача, так и в используемые им методы лечения, всегда будет приводить к

дискредитации как врача, так и методов психотерапии. В таком случае мне остается лишь грустно улыбнуться.

Совсем недавно ко мне обратился пациент с ипохондрическими расстройствами эндогенно-процессуального происхождения. Он только что прошел курс (21 сеанс) гипнотерапии, ощущая себя при этом «всего лишь слушателем и наблюдателем (спокойно лежащим с закрытыми глазами на кушетке) за действиями врача-психотерапевта». Никаких достоверных признаков гипноза и эмоционального контакта у пациента не возникало и эффекта от такого «гипноза» не было. Больной изъявил большое желание лечиться гипнозом у меня. При первом же сеансе, проведенном с учетом всех особенностей личности больного и клинической картины, у него возник гипнотический сомнамбулизм в «расщепленно-чувственном варианте» (Бурно М.Е., 1995, 2000; Салынцев И.В., 1999), что характерно для эндогенно-процессуальных пациентов. А доктор из поликлиники лечил его от невроза. Такой же диагноз поставил профессор, ориентированный в духе неклинической, психологической психотерапии. Прежде чем лечить, надо не только правильно поставить диагноз, убедиться в наличии эмоционального, личностного контакта, но, что также очень важно – проследить, погружается ли пациент в гипноз или является просто отдыхающим и наблюдающим за работой врача человеком. Само собой разумеется, что одновременно больному была назначена психофармакотерапия мягкими нейролептиками.

Приятно отметить, что наконец-то появились сообщества врачей – высоких профессионалов, объединяющихся с главной целью – лечить больных, не допускать дилетанства во врачебной практике, полностью отделиться от сообществ «специалистов из финансовых пирамид», которых связывает прежде всего коммерческий интерес и куда принимаются нередко те далекие от науки и искусства врачевания люди, кто способен платить членские взносы и оплачивать обучение навыкам психотерапии, которые впоследствии будут ими использоваться по собственному разумению, а, говоря честнее (точнее), профессиональнее, ответственнее, – неразумно.

Введение

В приказе №68 Минздравмедпрома РФ от 22.02.1996 г. «Об исполнении федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 1995 – 1997 годы», было отмечено, что, согласно социологическим исследованиям, количество лиц, допускающих немедицинское употребление наркотиков, составляет 1,5 млн. человек с прогнозируемым двукратным увеличением к 2000 году, т.е. от 1 до 2% всего населения РФ.

Увы, прогноз оправдывается. Остановить нарастающий вал не удается.

Лечение больных наркоманией в условиях наркологического стационара в настоящее время следует признать малоэффективным. После стационарного лечения ремиссию длительностью более 1 года регистрируют лишь у 9-12% пациентов (Пятницкая И.Н., 1994). Столь низкая эффективность предполагает разработку новых способов лечения, а также специальных реабилитационных программ, позволяющих увеличить продолжительность ремиссии, а также предупредить возникновение рецидивов (Фридман Л.С. и др., 1998). Поскольку наркоманию правомерно рассматривать как заболевание, деформирующее личность больного, постольку наиболее адекватными и приемлемыми в настоящее время следует считать реабилитационные психологические программы (Кабанов М.М., 1985, 1998), направленные на психокоррекционную работу с конкретным пациентом (Онг Т.Г., 1994) и особенно самую трудную из них, проводимую в амбулаторных условиях на протяжении не менее 2-3 лет (Wyss R.,1967). Но самые большие усилия психотерапевтов окажутся недостаточными для решения проблемы лечения и профилактики рецидивов наркомании, если не будут решаться вопросы политики и экономики в стране. Нет национальной идеи у россиян, разрушены многие образовательные, воспитательные, общественные структуры, ликвидированы детские и молодежные общественные организации, спортивные и музыкальные школы стали платными и малодоступными для многих семей. Когда ребенок или подросток выходит на улицу, двор, из которых почти везде исчезли детские площадки, он не находит себе занятий, и тогда к нему тихо подходят «умудренные» в развлечениях и кайфе «опытные» наркозависимые подростки и предлагают «потрясающее удовольствие» от экстези, затем от марихуаны…, а вскоре и от героина.

Наилучшей первичной профилактикой наркомании может быть только реализация национальной идеи – идеи здорового образа жизни, только тогда в условиях общедоступности ребенок сможет реализовать свои способности и талант в спорте, музыке и т.п. И денег для этого понадобится меньше, чем для лечения наркомании. По расчетам Майтовой В.М. и Майтовой О.В. (2000) на героин у одного наркомана за 5 лет уходит 90.000 долларов. Если расчет вести на 1 млн больных, то сумма оказывается астрономической: 90.000.000.000 долл. (90 трл. долл.) Спасенные детские души благодаря своей сохраненной здоровой силе, раскрывшимся способностям и талантам восполнят и во много раз превзойдут затраты на строительство спортплощадок, музыкальных школ и т.п. А высвобожденные «наркодоллары» могут вкладываться в создание безбедной жизни всем людям РФ.

Опыт психотерапевтической работы на этапе реабилитации показывает, что, опираясь на творческие возможности наркомана, хотя и «затуманенные» в прошлом наркотиками, развивая их в процессе ТТС, КПП, вполне реально сформировать и поддерживать долгие годы новый, здоровый во всех отношениях стереотип жизни пациента с главной идеей человеческого счастья в любимом труде, в гармоничной полной семье.

Надеюсь, что это пособие поможет врачам-психотерапевтам, имеющим вкус и склонность к развитому клиническому мышлению, в их повседневной работе с больными героиновой наркоманией. Эффективность методики зависит от огромного желания помочь больному (при его собственной активной работе в процессе лечения), гипнотического потенциала психотерапевта, а не от скрытого желания заработать на деградирующем наркомане.

Показания и противопоказания к применению метода

Показания

Патологическое влечение к героину в постабстинентном состоянии и на этапе реабилитации при установке на гипнотерапию.

Противопоказания

1 Отсутствие мотивации к лечению от наркомании и установки на гипнотерапию.

2. Наркотическое опьянение.

3. Опийный абстинентный синдром.

4. Психотическое состояние.

Материально-техническое обеспечение метода

Сеансы гипноза проводят в специальном помещении – гипнотарии со стандартным оборудованием, очень желательно использование спокойной музыки для релаксации.

Помещение (гипнотарий), где проводится сеанс гипноза, изолируется от посторонних шумов, звуков с улицы и смежных (соседних) помещений.

Необходима хорошая акустика во всех местах помещения, чтобы гипносуггестии доходили до каждого присутствующего на сеансе. Кресла должны быть удобными (физиологичными для тела), с высокой спинкой (для релаксации мышц головы и шеи), кушетки достаточно широкими и длинными в соответствии с высоким ростом (от 190 до 200 см) и максимальной шириной тела (от 50 до 65 см).

Над входом располагается световое табло или печатная табличка: «Не входить! Идет сеанс гипноза!»

Стены в гипнотарии окрашивают в спокойные тона (синий, зеленый) или оклеивают панорамными обоями (картинами) с изображением лесного (морского) пейзажа.

Описание метода

Гипноз (от греч. hypnos - сон) – особое психологическое состояние, отличающееся как от сна, так и от бодрствования (Райков В.Л., 1978; Рожнов В.Е., 1979, 1985) и обусловленное, чаще всего, направленным психологическим воздействием гипнотизирующего. При этом у гипнотизируемого внимание резко фокусировано на содержании внушения. По мнению Смелова С. Ю. (2000), гипноз – это форма передачи информации, а любое сообщение передается на физическом (тело), психическом (душа) и социальном (дух) уровне. Красиво (то есть профессионально точно, ритмически, фонетически, стилистически правильно) сказанное слово несет в себе огромную силу. Состояние гипноза может вызываться не только в результате специальных воздействий врача-психотерапевта, но и при целенаправленном самовнушении (Карвасарский Б.Д., 1998) в процессе аутогенной тренировки АТ. Во всех этих случаях благодаря тому, что в гипнозе полностью или частично не функционирует «цензура» сознания и внимание резко фокусировано на гипносуггестиях (при неизменном сохранении между гипнотизирующим и его подопечным речевой связи или так называемого раппорта), почти всегда возможна – в большей или меньшей степени – их реализация. Исключение составляют лишь морально недопустимые или условно нежелательные формулы-внушения (в этих случаях пациент их либо не выполняет, либо же выходит из гипноза).

При групповых сеансах внушения в периоде наведения гипнотического транса соответствуют общепринятой «гипнотической песне» (см. стр. 16). При индивидуальном гипносеансе имеется возможность учесть личностные и конституциональные особенности конкретного пациента.

На втором этапе гипносеанса суггестии непосредственно определяются стратегией и тактикой гипносуггестивного лечения, которые опираются на альтернативную мотивированную доминанту трезвого образа жизни в противовес «героиновым мыслям и эйфории».

Лечебный эффект обеспечивается и самим пребыванием в гипнозе из-за активации «внутренних аптек» – биохимически-физиологических защитных и саногенных структур организма – выброс в кровь собственных эндорфинов (Бурно М.Е., 1995; Салынцев И. В., 1999). По сути, он создает «эндорфиновое опьянение», напоминающее героиновую эйфорию, но без приема наркотика. По данным, которые приводит Рэй-

чел Коуплан (2000), динорфин (разновидность эндорфинов), вырабатываемый мозгом и высвобождающийся во время гипноза, в 200 раз сильнее морфина. Своеобразный гипнотический «приход» позволяет наркоману расстаться с зависимостью от наркотиков.

Последующие сеансы гипноза или АТ (самогипноза) могут поддерживать ремиссию долгое время при условии продолжительного комплексного психотерапевтического лечения, о котором будет сказано в соответствующей главе.

Гипнотерапия является ведущим методом во всем психотерапевтическом комплексе, используемом в разработанной нами системе лечения героиновой наркомании.

Степени и клинические картины гипноза

Остановимся лишь на сведениях, необходимых для полноты и стройности изложения. Подробно эти вопросы представлены в наших предыдущих методических рекомендациях (1996, 1998).

Классическим до сегодняшнего дня остается деление степеней гипноза по А.Форелю (1928).

1 степень – гипнотическая сомноленция (от лат. somnolentia – сонливость). Душевно здоровый человек в ясном сознании испытывает душевный покой (по Бурно М.Е. – душевное онемение с ясностью мысли), ощущение тяжести и тепла. Воля его не парализована, и он может совершать небольшие движения (перевернуться на бок, например). Врач замечает расслабленность мышц (контуры их сглажены), особенно на лице (исключение составляют пациенты с неврозоподобными тиками, у которых могут изредка подергиваться мышцы).

2 степень – гипнотическая гипотаксия (от лат. hipotaxia – малоподвижность) – возникает при дальнейшем углублении сомноленции, когда при ясном сознании полностью исчезает и не появляется в течение всего гипнотического состояния дрожание ресниц, самостоятельных движений нет. При поднятии конечностей сохраняется приданное им положение (состояние каталепсии), причем изменение позы если и возникает, то происходит непроизвольно из-за мышечного утомления в виде движения с небольшими остановками (феномен «зубчатого колеса»). Реализуются внушения в двигательной сфере и элементарные суггестии – в чувственной: от гипостезии до аналгезии. Каких-либо галлюцинаций внушить, как правило, не удается.

3 степень – гипнотический сомнамбулизм (от лат. somnambulismus – снохождение). Гипнотик (классический сомнамбул) в аффективно-суженном сознании воспринимает мир сужено, в рамках избирательного раппорта с гипнотизирующим (Бурно М.Е., 2000). При этом реализуются все внушения гипнотизирующего (исключая морально недопустимые для данной личности) в двигательной и чувственной сферах. Реально существующие явления не осознаются: непример, в условиях гипнотария реализуются истинные галлюцинации в виде моря и гипнотик под действием внушения гипнотизирующего «плывет», огибая кресла, которые видит, но не осознает это.

Такова общая, идеальная и вместе с тем схематическая стадийность гипноза, подразумевающая душевно здоровых людей и даже некую абстрактную норму. Но гипнотическое состояние не исчерпывается сомато-вегетативными сдвигами, релаксацией, сужением сознания. Оно наполнено разнообразными переживаниями, внушенными и (или) возникающими спонтанно. Этот ансамбль характеристик исходно определяется психической индивидуальностью больного, текущей патологией – эндогенной, экзогенной, органической, которая, изменяя личность пациента, влияет на ее психологическую защиту, видоизменяя и ослабляя ее. Все это отражается и в особенностях гипнотической феноменологии.

Итак, повторим, гипнотическая феноменология не укладывается в классическую стадийность гипноза, а соответствует степени и качеству личностного своеобразия, дисгармонии, патологии (что чрезвычайно выразительно проявляется при эндогенно-процессуальных расстройствах и зависимостях).

Поэтому мы предпочитаем говорить о клинической картине гипноза (ККГ) как особом душевном состоянии со своеобразием самосознания и ориентировки, яркости внушенных и спонтанных галлюцинаций, глубиной постгипнотической амнезии и т.д. В свою очередь особенности гипнотических переживаний оказываются индикатором некоторых клинических характеристик заболевания (например, его остроты).

Так, например, если у психастенической личности (акцентуанта или психопата) максимально достигаемая глубина гипноза соответствует 1 или 2 степени (по А.Форелю), то у синтонной легко обнаруживается 3 степень – ориентированный сомнамбулизм с яркими цветными галлюцинациями при внушении определенных образов (например, моря), а у больного циклотимией (в депрессивной фазе) в таком же ориентиро-

ванном сомнамбулизме – галлюцинации черно-белые или цветные, но тусклые (размытые образы). При выходе из депрессии – цветность полностью восстанавливается.

У больного хроническим алкоголизмом (Бурно М.Е., 1978), имеющего в преморбиде ювенильную акцентуацию, в начале болезни отмечается классический сомнамбулизм с яркими красками внушенных образов. При нарастании психопатологической симптоматики эти образы тускнеют, а при деградации личности (по алкогольному типу), когда сформировался эмоционально-волевой дефект, никаких образов внушить не удается (пустой сомнамбулизм), хотя все другие признаки гипнотического сомнамбулизма имеются.

У аутистических личностей формируется интравертированный гипнотический сомнамбулизм (Бурно М.Е., 2000), наполненный больше собственными галлюцинациями, чем внушенными врачом. Но при хорошем эмоциональном контакте с пациентом и большом гипнотическом потенциале психотерапевта реализация внушемых образов, в целом, достигается.

Систематизируя данные по гипнотической феноменологии в связи с личностными особенностями и выраженностью патологии, правомерно будет определить уровни гипноза следующим образом:

0-й уровень – отсутствие гипнотического состояния. Больной занят своими мыслями, слушает внушения врача как сторонний наблюдатель, или фокусировка внимания недостижима и никаких признаков гипноза не выявляется.

1-й уровень – неустойчивый. Пациент то входит, то выходит из гипноза, каталепсия нестойкая. Зрительных образов внушить не удается не только лицам психастенического склада, что вполне естественно, но и пациентам с истероподобным «гипнотропным» преморбидом, страдающим алкоголизмом, наркоманией или эндогенно-процессуальным расстройством в период обострения симптоматики.

2-й уровень – чувственно-пустой. У рассудочных лиц с блеклой чувственностью (например, психастеников) реализуются внушения в двигательной сфере, достигается душевное онемение (Бурно М.Е., 2000) с ясностью мысли. Каталепсия стойкая, образы внушить, как правило, не удается. Если подобный характерологический преморбид имеет эндогенно-процессуальный пациент, то внушаемые образы реализуются лишь в виде «черно-белых картинок», «контурных образов», силуэтов, «оболочек образа» и этот гипнотический уровень у них сохраняется да-

лее при ремиссии. У больных алкоголизмом и наркоманией при наличии астено-депрессивной симптоматики (в преморбиде имеющих циклоидную, истерическую или другую акцентуацию с яркой чувственностью) внушаемые образы имеют черно-белую окраску или цветную, но все же блеклую.

3-й уровень – живой, чувственный. Достигается у душевно здоровых акцентуантов или психопатов с сохраненной, но временно измененной из-за депрессивной симптоматики (в период декомпенсации) чувственностью. Такая же картина обнаруживается у страдающих наркоманией на начальных этапах терапевтической стабилизации состояния. Внушаемые образы имеют цветную окраску, хотя и блеклую, воспринимаются как живые, реально существующие, каталепсия стойкая. У эндогенно-процессуальных больных (имеющих истероподобный преморбид) такие же цветные образы воспринимаются как «нарисованные» или изображенные «как на экране телевизора» и сосуществуют с реальными объектами, которые воспринимаются при открытых глазах. Для данных пациентов этот уровень точнее следовало бы определить как живой, но расщепленно-чувственный.

4-й уровень – «полный», «целостный», соответствующий классическому гипнотическому сомнамбулизму (в соответствии с 3 степенью гипноза по А.Форелю) наблюдается у лиц истерического склада в здоровом состоянии, при выздоровлении или у эндогенных больных (с истероподобным преморбидом) в состоянии ремиссии. В отличие от душевно здоровых, у последних нет полной постгипнотической амнезии внушаемых образов, переживавшихся как живые целостные. У героиновых наркоманов с циклоидной и аутистической акцентуацией при ремиссии будет соответственно возникать экстравертированный и интравертированный гипнотический сомнамбулизм.

Перед проведением гипнотерапии необходимо клинико-психотерапевтическое и психологическое обследование пациента с целью определения психического статуса, особенностей характера, ценностной ориентации, а также выявления степени информированности его о собственном характере, адекватности самооценки болезни и сути будущего лечения. Далее необходимо информировать пациента и его родителей о сущности гипноза как лечебного метода, прогностических оценках метода (имея в виду сочетание с другими психотерапевтическими и лекарственными воздействиями) и о его безусловной пользе для здоровья. Необходимо рассказать о механизме гипноза как специ-

ально вызываемой активизации глубинно-бессознательных защитно-приспособительных механизмов, целебно преобразующей аффективность, мышление, восприятие и др., его сомато-вегетативных основах, обменных сдвигах – мощный выброс эндорфинов по окончании сеанса субъективно переживается пациентом как чувство бодрости, свежести. Пациенту следует особо подчеркнуть, что лечебным эффектом обладает уже само пребывание в гипнотическом состоянии, а прицельные внушения, адресованные к конкретным расстройствам у конкретного больного, обладают особой, сугубо индивидуализированной целебностью, в основе которой активизация внутренних «аптек» организма. Это очень важно, так как в населении широко распространены ложные представления о гипнозе. А бытующее среди начинающих медиков и людей, совсем далеких от гипнотерапии мнение, что гипнотерапия – метод ненадежный, малополезный и имеющий много недостатков, – ошибочно. Неудачи в применении гипнотерапии порождены не самим гипнозом, а теми, кто его неверно применяет. Главные ошибки заключаются в неправильном применении техники гипноза, в несоответствии методики, приемов личности больного, да и личности врача также (Буянов М.И., 1990; Салынцев И.В., 1999).

Стратегия внушений в гипнотическом состоянии

Главным двигателем человека во всех его действиях является то, что доставляет человеку наибольшую сумму удовольствий и радости. Человек может искать удовлетворение самых низменных влечений или самых возвышенных, но он всегда ищет то, что ему дает счастье, удовлетворение или, по крайней мере, надежду на счастье и удовлетворение в будущем (Кропоткин П.А., 1991). Поэтому в ходе психотерапевтического процесса влечению к наркотику с целью получить удовлетворение следует противопоставить вечные человеческие ценности (семья, любимые люди и работа и т.п.), стремление к которым создаст истинные моменты счастья и радости. В то же время следует дискредитировать «наркотический кайф», подчеркивая последствия употребления наркотика, приводящие к деградации, потере высоких духовных ценностей (возможности общаться и жить с любимыми людьми, заниматься любимым делом и т.п.) и к смерти.

Сначала вызывая у больного чувство удовольствия, прием наркотика создает ощущение, что жизнь в наркотическом кайфе лучше, и

наркоман часто не хочет возвращаться в реальную трезвую жизнь, в которой много проблем, трудностей: «серая будничность и надо напрягаться», «а тут укололся и жизнь хороша». Но этот самообман и бездумное отношение к жизни приучают мозг мыслить искаженно, т.е. уродовать то, что в человеке самое ценное – способность мыслить верно. В процессе суггестий и КПП пациента следует вновь и вновь возвращать к осознанию этой подмены.

Условия жизни, микросреды также могут закреплять «наркоманическое мировоззрение». И эти факторы нуждаются в «психотерапевтической проработке», «саногенном преобразовании».

Тактика гипносуггестивного воздействия

Она имеет своим содержанием выбор техники гипнотизации. Предпочтение в большинстве случаев следует отдавать спокойной гипнотизации. Шоковые методы следует использовать лишь тогда, когда у гипнотерапевта уже есть опыт лечения гипнозом. Но и опытный психотерапевт чаще всего предпочитает технику спокойной гипнотизации. Частота гипносеансов в 1-й месяц 5-6 раз в неделю. В последующие 6 месяцев 2-3 раза в неделю. Затем поддерживающие гипносеансы 1 раз в неделю должны проводиться многие месяцы, годы (с возможным перерывом в летнее время).

Помехи при гипнотизации (например, некоторое эмоциональное возбуждение перед сеансом) могут сниматься с помощью иглорефлексотерапии (АТ 34 и 55)

Длительность сеанса гипноза 20–30 минут.

Структура гипнотического сеанса при использовании техники спокойной гипнотизации

В структуре гипнотического сеанса следует различать следующие основные этапы:

1 этап – погружение в гипноз. На этом этапе словесные внушения надо произносить спокойным «убаюкивающим голосом», желательно без пауз, чтобы не давать больному осмыслить и критически оценить суть слов или анализировать смысл внушений. Здесь чрезвычайно важна фонетическая сторона слова, его звучание, проникнутое спокойным душевным тоном. Это приводит к общему успокоению, расслаблению

мышц пациента, вызывает сонливое состояние. Семантическая составляющая слова больше воздействует на подсознание.

Слово, являясь основным элементом языка и обозначая вещи, признаки, действия и отношения, объединяет объекты в известные системы, иначе говоря, кодирует наш опыт (Лурия А.Р., 1998). Реализация словесных внушений на всех этапах гипносеанса позволяет активизировать и раскодировать необходимые коды – целесообразные для данного момента или в следующее за сеансом время (это и есть реализация постгипнотических внушений).

Этот этап длится в среднем 10-15 минут.

Погрузив в гипнотическое состояние, можно переходить ко 2-му этапу гипносеанса.

2-й этап – реализация внушений с диагностической* и лечебной целью. Здесь голос врача должен быть проникновенно-душевным – при воздействии на эмоциональную сферу и твердым, с чувством полной убежденности в том, что внушается, если гипносуггестии касаются сферы интеллектуальной.

В течение этого этапа (при средней длительности 10–15 минут) проводятся гипносуггестии следующего плана:

1. Лечебные формулы, терапевтически соответствующие симптоматике болезни пациента, нейтрализующие болезненные явления, отрицающие тягостные переживания. Например, при героиновой наркомании одним из основных симптомов является тяга к наркотику и соответствующие этому так называемые «героиновые мысли». Внушения в данном случае будут направлены на дискредитацию этих мыслей, предупреждать их появление в будущем (подробнее об этом в следующей главе).

2. Внушения, направленные на здоровый образ жизни («жизнь здесь, в реальном мире, а не в мире иллюзий и галлюцинаций при наркотическом опьянении») с целью повлиять на поведение наркомана.

3. Внушение знакомой, привычной для больного ситуации (если удается развить гипнотический сомнамбулизм) приема наркотиков другими наркоманами и отказа пациента от предложений подобного рода.

4. В гипнотическом сомнамбулизме следует проводить внушения

---

* Напомним, что под диагностикой мы в данном случае подразумеваем тонкую квалификацию личностных особенностей и динамики состояния.

различных представлений, образов из мира природы с целью оценить особенности внушенных галлюцинаций, играющих диагностическую роль. Например, при положительной динамике лечения у наркомана с шизоидной акцентуацией характера в интравертированном гипнотическом сомнамбулизме формируется устойчивое гипнотическое состояние, а внушаемые образы видятся в цветном изображении; при отрицательной – внушаемые представления реализуются в неполных гнетущих черных красках или имеет место «пустой» сомнамбулизм. Неустойчивому психическому состоянию соответствует и неустойчивое гипнотическое состояние (Салынцев И.В., 2000).

В структуре как 1-го, так и 2-го этапов следует выделить периодически повторяющиеся формулы внушения («дежурные» формулы или формулы внушения для поддержания раппорта):

1. Вы хорошо слышите голос мой.
2. Ваше дыхание медленное и глубокое.
3. Сердце бьется ровно, спокойно, ритмично.
4. Спать, глубже спать, слушая голос мой сквозь сон целебный.

3-й завершающий этап – выведение из гипноза. Проводится медленно (в течение 2-3 минут). Внушаются формулы пробуждения ото сна:

1. В голове постепенно рассеивается туман.
2. В руках и ногах появляется ощущение силы, упругости.
3. Дыхание становится чаще, сердце бьется ритмичнее.
4. На счет «три» открыть глаза, проснуться. Один, два, три.

Обычно после слова «три» пациент открывает глаза. В противном случае следует сказать: «Глаза открыть. Проснуться.»

Приводим «гипнотическую песню» – формулы внушения для каждого из этапов метода спокойной гипнотизации. В скобках даются некоторые практически значимые комментарии.

1-ый этап

Примите удобное положение. Закройте глаза. Постарайтесь ни о чем не думать. Внимание сосредоточьте на моем голосе. Никакие посторонние шумы и звуки не мешают, не отвлекают. *(На этом этапе стараться не делать больших пауз между словами и предложениями).* Дышите спокойнее и глубже. Сердце ваше бьется ровно, спокойно, ритмично. Расслабьте мышцы лба, глаз, щек, губ. Расслабляются мышцы ваших рук, ног, спины. Постепенно тяжелеют ваши руки, ноги. Все тело

тяжелеет. С ощущением тяжести может появиться тепло в руках, ногах. А в голове – ощущение тумана, сонливость. Все больше и больше ощущается туман в голове. Все крепче схватывает сонливое состояние, все глубже и глубже погружаться в сонливое состояние, в целебный сон, сквозь который голос мой хорошо слышится. Дыхание медленное и глубокое. Сердце бьется ровно, спокойно и ритмично. Туман в голове сгущается, и все крепче схватывает сон целебный. Нет желания сопротивляться этому состоянию, а наоборот, полностью расслабиться, отдаваясь целебному сну и одновременно слушать голос мой сквозь сон целебный.

И вот я считаю до десяти, и по мере счета до десяти все глубже погружаться в сон целебный. А на счет десять – засыпать! И сквозь сон целебный слушать голос мой.

Один, два, три… Все мышцы расслабились. *(По мере счета паузы можно удлинять, голос замедлять, потому что при засыпании обычно замедляются все реакции и возникает впечатление, что все замедляется).* Четыре, пять… В сон целебный клонит все больше и больше. Шесть, семь… Уже не чувствуется рук, ног. Они стали легкими, нечувствительными. Восемь, девять… До предела сгустился туман в голове. Десять! Спать! Глубже спать и сквозь сон целебный слушать голос мой.

2-й этап:

«Героиновые мысли» станут лишними, ложными, ненужными. Они уйдут. Мешать больше не будут. Даже если вдруг появятся, – быстро исчезнут! А с ними уйдет тяга к наркотику. Появятся мысли о трезвой жизни. Жизни без наркотиков во имя своего благополучного будущего. Во имя любви к своим близким, родным, своей семье, детям. Появится радость от любимлй работы, интересной учебы. *(Это – стратегические гипносуггестии для наркомана. Их следует повторять с твердостью и полным убеждением по несколько раз за сеанс в разных интерпретациях, но суть должна быть одна – жить без наркотиков всю жизнь.)* Настроение станет ровным, устойчивым. И каждую ночь, как только голова коснется подушки, вы уснете и будете спать спокойно и глубоко.

И каждую ночь теперь не думать о наркотиках и о бессоннице. Мысли о наркотиках мешать не будут, а сон сам придет. Бесшумно и легко, как птица прилетит. А если вдруг появятся «героиновые мысли», то они быстро исчезнут. Улетят словно птица. Как только голова кос-

нется подушки – засыпать и спать спокойным, сладким сном до самого утра.

Дыхание медленное и глубокое. Сердце бьется ровно, спокойно и ритмично. Голос мой хорошо слышится. *(Эти «дежурные формулы» следует повторять периодически, через 2-3 минуты для поддержания раппорта.)*

Если кто-то из знакомых или незнакомых наркоманов предложит наркотик – легко и быстро отказаться! Легко и быстро уйти! Не трогать наркотик и он не будет мешать! *(Если у пациента обнаруживается в гипнозе сомнамбулическая стадия, то возможно внушение данной ситуации с диагностической и лечебной целью.)*

Появятся трудности – их не преувеличивать, не делать как из мухи слона, а преодолевать. Не думать о самих трудностях, а думать – как их преодолеть! И действовать, преодолевая трудности (проблемы) по мере времени и возможности, но до конца! До победы над трудностями! И появится обязательно желание преодолевать новые трудности до конца, до победы!

Не заострять свое внимание на неприятных ощущениях в голове, сердце, в легких при дыхании, в руках и ногах, в любых частях тела. Внимание не к внутренним ощущениям, а к окружающему миру, в котором больше видеть доброе, красивое, интересное. Расширять свои интересы не к болячкам и болезням, а к реальному окружающему миру!

Появится плохое настроение, неприятные ощущения, апатия, тоска, тревога, мысли о героине, тяга к наркотику – постараться отвлечься на то, что любимо, интересно, приятно для души, ума, сердца.

У каждого свое: любимая музыка, стихи, картины, любимые увлечения. И все это поможет избавиться от неприятных ощущений, тоски, тревоги, апатии, «героиновых мыслей», тяги к наркотику.

Если послушать любимую музыку или почитать любимые стихи, рассказы или всмотреться в любимую картину, или заняться своим любимым делом – тогда развеется тоска, пройдет тревога, исчезнет страх и «героиновые мысли», отпустят боли, пройдут неприятные ощущения и тяга к наркотику. На душе станет легко.

Приятно отдыхать на берегу моря, лежа на мягком желтом песке, ощущая тепло знойного летнего солнца. Синий цвет моря успокаивает, а легкий ветерок, дующий с моря, нежно ласкает своим мягким прохладным прикосновением кожу лица и тела. Монотонный шум падающих волн, успокаивая, усыпляет с голосом моим. И не хочется ни капли,

ни грамма наркотика. Удовольствие от этой красоты и от общения с природой и людьми сильнее, глубже, реальнее. Жизнь – здесь, в реальном мире. В мире наркотическом – смерть. *(Внушаемые представления в сомнамбулическом гипнозе реализуются в различной степени: от черно-белых до цветных, что может указывать на остроту симптоматики и динамику лечения. При положительной динамике окраска внушенных образов приобретает яркую палитру красок, а при отрицательной динамике образы черно-белые или имеет место «пустой сомнамбулизм».)*

3-й этап:

Лечебный сеанс подходит к концу. Постепенно в голове туман рассеивается. В руках и ногах появляется ощущение силы, упругости. Дыхание становится чаще, сердце бьется ритмичнее. Проясняется в голове. В руках и ногах все больше и больше упругости. На счет «три» открыть глаза и проснуться. *(Выведение из гипнотического состояния проводится не резко, а постепенно, чтобы пациент адаптировался к бодрствующему состоянию постепенно, медленно выходя из гипноза. Внушение производится в спокойном тоне, каждое предложение следует повторять 1-2 раза. Если на последнюю суггестию «проснуться» больной не просыпается, можно повторить внушение в более императивном тоне.)*

Комплекс психотерапевтических методов, используемых совместно с гипнотерапией

Цель комплексной методики – реализация стратегических гипносуггестий в реальной жизни. Предлагаемая авторская методика относится к психотерапевтически-динамическому методу лечения. Терапевтические методы этого комплекса применяются, исходя из особенностей динамики психопатологической симптоматики и целесообразности использования того или иного метода в изолированном виде или одновременно, совместно с другими. Необходимо также учитывать, что психотерапия становится более успешной, когда личность врача и его методы соответствуют ожиданиям пациента (Зачепницкий Р.А., 1985).

На 1-ом этапе – восстановительном (когда восстанавливаются основные внутренние и поведенческие стереотипы трезвой жизни, закладываемые прежде всего в процессе гипносуггестий) – гипнотерапия яв-

ляется б а з и с н ы м психотерапевтическим методом.

На 2-ом этапе – стабилизационном – ее роль правомерно определить как вспомогательную, поддерживающую. Роль других психотерапевтических методов (СП, КПП, ТТС и др.) изменяется от вспомогательной (на 1-ом этапе) к основной (на 2-ом этапе). В этом и заключается динамический принцип описываемого психотерапевтического лечения. Обострение патологической психосимптоматики есть показание к активизации поддерживающей фармакотерапии, учащению гипносеансов и сокращению или временному отказу от остальных психотерапевтических методов. Такой же подход соблюдается при обострении или появлении соматической и неврологической симптоматики, обусловленной ведущим заболеванием (наркоманией).

Основные методы, входящие в комплексную психотерапевтически-динамическую методику:

1. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Начинается с 1-й встречи. Ее цель – дать больному правильные представления о механизме заболевания и путях выхода из зависимости при соблюдении соответствующего поведения (2–3 раза в неделю).

При этом для модификации ошибочных базисных посылок относительно основных симптомов используются директивная и дидактическая формы психотерапии (Бек, Эмери, 1985). Подчеркивается тесное взаимодействие между мыслями, эмоциями и поведением (Котро Ж., Моллар Е., 1996).

2. Обучающая терапия примыкает к когнитивно-поведенческой, как бы растворяется в ней. Она особенно значима в тех случаях, когда пациент не способен (не может) полноценно участвовать в ТТС.

Цель обучающей психотерапии – изучение основ психотерапии и психиатрии, начиная с учения о характерах. Познать особенности своего характера, других людей, чтобы легче устанавливать неформальные контакты с людьми, предотвращать или избегать конфликтов, научиться разбираться в динамике своего психического статуса и уметь помочь себе самому, особенно, когда нет рядом врача (1 раз в неделю).

Эффективность подобных образовательных групп подчеркивают западные исследователи (La-Salvia T.A., 1993).

3. Терапия творческим самовыражением (ТТС) оказывается наиболее успешной в контингенте лиц с дефензивностью в характере и способных к творчеству в психотерапевтической группе (1 раз в неделю). Существо метода состоит в лечебном преподавании пациентам элемен-

тов клинической психиатрии, характерологии, психотерапии, естествознания – в ходе индивидуальных встреч и в лечебной группе, в процессе разнообразного творчества с поиском своего целебного личностного пути, своего смысла существования, своего особенного, творческого начала в отношениях с близкими людьми, родственниками. Творческое общественно-полезное самоутверждение способствует душевному подъему пациентов, более глубокому и содержательному взаимопониманию в семье, в интимных отношениях, компенсации психопатической патологии (Бурно М.Е., Зуйкова Н.Л., 1997).

4. Ведение дневника самонаблюдения позволяет дисциплинировать пациента, научить его самонаблюдению и правильной самооценке. Этот опыт помогает разбираться в своих трудностях, находить правильный выход из болезненного состояния. В течение первого года записи следует делать ежедневно, затем 1 раз, обычно в конце недели, подытоживать свое самочувствие и события за 6-7 прошедших дней.

5. Семейная психотерапия подразумевает изучение семьи и воздействие на нее с целью профилактики, лечения заболеваний, а также последующей социально-трудовой реабилитации (Эйдемиллер Э.Г, Юстицкий В.В., 1990), чтобы пациент мог жить нормальной жизнью, а стабильность семьи перестала определяться наличием проблемного ребенка (Стентон М.Д., Тодд Т.К., 2000). (Здесь имеются в виду ситуации, когда наркоманией страдает подросток или молодой человек.) В процессе комплексного психотерапевтического лечения наркомании роль семьи наиболее важна на этапе реабилитации, когда пациент существенную часть времени находится в семье. Если члены семьи осознают серьезность заболевания и являются серьезной силой для поддержания трезвости наркомана (наряду с усилиями пациента и врача), то стойкость ремиссии заметно возрастает. Встречи с членами семьи необходимо проводить для этого 1 раз в 1–2 недели.

6. Активирующая психотерапия (АП) – психотерапия побуждением пациента к деятельности (в широком смысле), с тем, чтобы обрести новый для него опыт, иное, активное, деятельное мироотношение, которое уже в свою очередь повлияет на мироощущение, мировоззрение (Консторум С.И., 1959; Бурно М.Е., 1995). Она призвана противопоставить иллюзорному миру наркотического опьянения радость творческого созидания в реальном мире, помочь найти свою личностную и в то же время гуманистическую нишу в человеческом сообществе, природе, во всем бытии.

Всячески вовлекая пациента в разнообразную, все более активную жизнедеятельность, требуя от него прежде всего действия (устроиться на работу, отправиться на экскурсию, на стадион, самому заняться физическими упражнениями и т. д.), мы должны доказать пациенту практикой его собственной жизни, что он гораздо сильнее, душевно богаче, добрее, ловчее, смекалистее, чем думает о себе (Бурно М.Е., 1995) или о нем думают окружающие. И, таким образом, больной оказывается способным противостоять другой, прежней жизни в «пьяном наркотическом болоте». Проводится АП при каждой встрече с пациентом.

7. Самогипноз или аутогенная тренировка (АТ) в период поддерживающей психотерапии может быть использована у способных к этому методу пациентов. (Особенно хорошо она удается лицам с эпитимным, синтонным, истерическим и органическим характерологическим радикалом). Пациент, овладевший АТ, способен руководить, в разной степени, некоторыми непроизвольными (в том числе болезненными – с целью их смягчения) движениями тела и души (Э. Кречмер, 1963). Настоящая методика, таким образом, есть личное оружие против некоторых функциональных расстройств и расстройств со значительным функциональным компонентом, полученное от врача (Бурно М.Е., 1971, 2000).

8. Опосредованную стрессопсихотерапию или метод кодирования (по А.Р.Довженко, Г.М.Энтину, 1998, 2000) можно использовать перед гипнотерапией в случаях, если пациент верит в этот метод (Свядощ А.М., 2000). На курсовых и поддерживающих гипносеансах следует присоединять к гипносуггестиям формулу внушения, направленную на усиление кода, особенно, если у пациента появляется тяга к героину и усиливаются соответствующие мысли. Указание некоторых авторов на негативное влияние страха умереть при нарушении кода не вполне обоснованы. Человек, испытывая, например, страх умереть от падения с 10 этажа (или выпить уксусную эссецию) никогда в здравом уме и полном рассудке не будет прыгать с этой высоты (или принимать уксусную эссенцию), благодаря инстинкту самосохранения и страху умереть от этого действия. В отличие от душевнобольного, находящегося в глубокой депрессии. Несомненно – перед кодированием необходим тщательный, правильный отбор пациентов в индивидуальном порядке и следует исключить массовое кодирование без разбора (что бывает при преобладании коммерческого интереса над врачебным долгом у кодирующего специалиста). Кодирование по методу А.Р.Довженко хотя и относится

ко дню вчерашнему (Макаров В.В., 1999), но для многих граждан постсоветского пространства, людей с тотальным менталитетом оно приемлемо и в настоящее время. Важно, чтобы не было эмоционального напряжения и эмоциональных взрывов из-за отсутствия наркоманических разрядок. Необходимо, как и при всех других психотерапевтических подходах, выявить причины и условия, которые привели к наркотической зависимости, и по возможности устранить их. Здесь помогут методы психотерапии, описанные выше.

9. Терапия занятостью примыкает к ТТС, выявляет дополнительные личностные возможности и способствует развитию у пациентов различных интересов, увлечений к занятиям типа хобби. Сюда включаются, по определению Б.А.Гаринс, занятия на основе художественных способностей (музыкальные занятия, литература, лепка и др.), занятия прикладного характера (различные кружки), развлекательно-познавательные мероприятия (Слуцкий А.С., Цапкин В.Н., 1985). Уже на начальном этапе реабилитации (и, конечно, в дальнейшем) эти занятия и мероприятия существенно помогают отвлечься от «героиновых мыслей».

10. Атлетическая гимнастика под руководством тренера показана, если больной находится в стойкой ремиссии, окреп и способен к физическим нагрузкам.

11. Поддерживающая психофармакотерапия. Должна проводиться обязательно на протяжении не менее 3-х лет курсами по 3-4 недели для устранения астенических, невротических, депрессивных, дисфорических и других расстройств, которые могут возникнуть в процессе амбулаторного наблюдения.

При появлении в ремиссии аффективных колебаний, астенических проявлений, расстройств сна назначают антидепрессанты-седатики (азафен, амитриптилин, пирроксан) в сочетании с феназепамом, на ночь хлорпротиксен. Нередко в этих случаях бывает эффективна иглорефлексотерапия. Для профилактики аффективных колебаний назначают препараты нормотимического действия - соли лития, финлепсин и др. (Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1988).

Выбор последовательности и сочетания описанных методов зависит от профессиональной и творческой активности врача и пациента, от выраженности симптоматики, физических и духовных сил больного, от показаний и противопоказаний к использованию данного метода комплексной методики лечения героиновой наркомании.

Особенности эмоционального контакта и ККГ в зависимости от характерологического радикала больного наркоманией. Возможный прогноз терапии

Как упоминалось выше, течение заболевания, успешность психотерапевтического процесса, клиническая картина гипноза в значительной мере определяются личностным (характерологическим) складом больного. Предусмотреть, описать все возможные соотношения, ситуации нереально. Приводимые ниже рекомендации призваны лишь подсказать направления лечебно-диагностической работы.

При налаживании эмоционального контакта с гипертимным циклоидом важно сохранять дистанцию врач-пациент, исключив равенство отношений. Гипертимы уважают независимую индивидуальность, поэтому, если вы проявите некоторую твердость и удержите дистанцию в рамках теплых доброжелательных отношений, то они окажутся более психотерапевтичными, чем при равенстве отношений (Волков П.В., 2000). Гипотиму важно чувствовать, что психотерапевт не просто изучает его, а сопереживает ему как человеку.

Синтонные личности в гипнозе обнаруживают ориентированный сомнамбулизм (Бурно М.Е., 1995). В психотерапии у них полезна не только гипнотерапия, но и аутогенная тренировка (АТ).

АТ у циклоидов получается особенно хорошо в силу синтонной слаженности души и тела: комфортное расслабление тела приводит и душу в состояние комфорта (Волков П.В., 2000).

Для налаживания контакта с аутистом психотерапевту в первой клинической беседе приходится больше говорить самому, и лучшая тема для этого – трудность контактов вообще и судьба людей, которым они нелегко даются. Признаком преодоления психологического барьера, перехода от контакта формального к неформальному служит момент, когда шизоидный подросток начинает говорить сам, иногда на тему далекую и неожиданную. Останавливать его не следует: чем дальше, тем раскрытие может быть более полным. Нужно лишь учитывать еще одно свойство шизоидов – истощаемость в контакте. Тогда бывает полезно неожиданно направить беседу на новую тему (Личко А.Е., 1999).

Взрослому шизоиду следует самому решить, какая у него проблема и что он на самом деле хочет. Принципы недирективности и клиент-центрированности здесь особенно важны. «Бархатный подход», разработанный В.П.Криндачем, помогает освободиться от «ярлыков»

критического отношения к себе, понять себя через позитивное самовосприятие и, таким образом, приблизиться к самоподдержке и самовосприятию (Волков П.В., 2000). Дефензивным шизоидам показана ТТС (Бурно М.Е., 1989, 1999; Волков П.В., 2000).

В гипнотическом состоянии у аутистических личностей обнаруживается интравертированный сомнамбулизм (Бурно М.Е., 1995) с определенными тенденциями динамики. Так, в постабстинентном состоянии, при выраженности тяги и интенсивных «героиновых мыслях» в постабстинентном состоянии сначала гипнотическое состояние вызвать не удается (0-й уровень), при снижении тяги и наплыва мыслей удается ввести в гипноз, но интравертированный сомнамбулизм нестоек – внушаемые образы не реализуются (1-й уровень), затем, когда ослабевает основная симптоматика, но выражена астено-депрессивная, удается внушить образы, но они имеют черно-белую окраску (2-й уровень). В период наступления ремиссии (снижения собственно наркоманической и депрессивной симптоматики) внушенные образы приобретают цветную окраску (3-й уровень). Стойкая ремиссия характеризуется типичным интравертированным сомнамбулизмом (по М.Е.Бурно, 2000).

С эпитимом эмоциональный контакт налаживается, когда у больного нет напряженности, а имеется готовность к беседе с врачом.

Эпилептоидный подросток в период дисфории мало доступен нормальному контакту, в тоскливо-мрачном настроении он способен отреагировать аффективной вспышкой на самое доброжелательное отношение. В эти моменты его лучше оставить в покое, а подход к нему лучше искать вне таких состояний (Кабанов М. М., 1973; Вдовиченко А.А., 1973). Важно «уважить» эпилептоида, тогда он смягчается и становится менее авторитарным. Общаться с ним надо, не задевая его достоинства и положения, без намека на то, что вы умнее. Неразумно вступать в конфронтацию. Если вы хотите в чем-то переубедить эпилептоида, то ссылайтесь не на себя, а на признанные авторитеты, науку, которые в его глазах имеют силу. Из ваших аргументов вы должны воздвигнуть крепость, которую он сможет уважать и перед которой ему будет не стыдно сдаться. Важно понимать, что эпилептоиду для полного счастья нужна радость власти (Волков П.В., 2000). Наркомания разрушит последнюю до основания, повредив здоровье.

Психастеноподобным эпилептоидам показана ТТС. А гипнотические сеансы можно соединять вначале с АТ, направляя собственную волю эпилептоида на реализацию внушения спокойствия, расслабления,

что в конечном итоге приведет к самогипнозу и раппорту с врачом на протяжении всего гипносеанса. В ККГ очень хорошо реализуются внушения тех образов, картин и действий, которые ценны, значимы для пациента.

Демонстративные (истерики) – всегда вечные дети (или юноши) неустойчивостью, капризностью своих чувств (легкочувствием), сравнительным легкомыслием, пылким стремлением «выставляться», быть в центре внимания, склонностью к бессмысленному упрямству от высокой внушаемости, к юношеской картинной пессимистичности. Потому и нетрудно (обычно!) расположить к себе такого человека, сердитого за что-то на вас, восхитившись им в том, в чем действительно возможно искренне сказать ему это доброе. И тогда многие из них мягчеют, добреют, даже те, в ком ясно проглядывает чувственно-хищное (Бурно М.Е., 1999). Страх потерять возможность быть в центре внимания из-за наркоманической деградации может стать ключом для борьбы с зависимостью. Это определяет стратегию гипносуггестий, «бегство из болезни». В ККГ возникает классический сомнамбулизм с блеклостью красок при внушении образов, если деградация в расцвете, и яркость внушаемых образов, если динамика терапии положительная и приближается к ремиссии.

Слабая способность неустойчивых сдерживать свои желания, руководить ими, при живой чувственности, вечно юношеской остроте влечений объясняет высокую податливость таких людей, особенно в молодости, к пьянству, наркотикам, воровству, бродяжничеству и т. п. (Бурно М.Е., 1999). Прогноз наркомании у них самый неутешительный, а лечебный эффект самый низкий. Ремисии нестойкие даже при усилении роли семейной психотерапии. В ККГ быстро гипнотический сомнамбулизм из яркого превращается в «пустой» при соответствующей выраженной деградации личности.

Лица с астеническими и психастеническими чертами в раннем детском возрасте отличаются повышенной вялостью по отношению к любым внешним воздействиям, затрудненным привыканием к новой обстановке, нередко капризностью, плаксивостью, а также склонностью к разнообразным сомато-вегетативным расстройствам (в особенности к нарушениям пищеварения), расстройствам сна, беспричинным колебаниям температуры. В дошкольном возрасте у них на первый план выступают церебрастенические расстройства (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2000).

Общее у психастеников, астеников и соответствующих им акцентуированных личностей – конфликт чувства неполноценности с ранимым самолюбием. Тревожная, преимущественно эмоциональная сенситивно-колкая мнительность астеника и тревожные, преимущественно интеллектуальные патологические сомнения психастеника имеют в основе своей конституциональную тревожность (Бурно М.Е., 1990).

В контакте астеники ценят ненавязчивую теплоту, ласковость: они с благодарностью относятся к этому, находя в этом душевную защиту. Серьезная стратегическая помощь астенику может быть оказана в процессе изучения характерологии: изучая свой характер и характеры других людей, он будет лучше ориентироваться в жизни, примерно зная, что в той или иной ситуации ждать от себя и от других. Это понимание позволяет меньше беспокоиться, сохраняет душевные силы. Важно отдельные моменты вдохновения на занятиях ТТС превратить в творческий стиль жизни (Волков П.В., 2000).

Учитывая склонность психастеника к анализу, контакт с ним нужно искать через логику, детально разбирая все факты и ситуации. Если тревожную мнительность астеника можно ослабить успокоением, внушением, ободрением, отвлечением, то психастенику необходимо доказать логически, что нет никаких оснований думать о плохом. С.И.Консторум побуждал их к активированию (Волков П.В., 2000). ТТС также показана в комплексном лечении. В ККГ у лиц с астеническим радикалом удается достичь 1-2 степени гипноза. Из-за блеклой чувственности психастеникам невозможно внушить какие-либо образы в гипнотическом состоянии. Прогноз у пациентов астенического и психастенического склада заметно благоприятнее, чем у неустойчивых.

Особняком стоят личности с так называемой органической психопатией и акцентуацией. В клинической характерологии под органичностью имеют в виду поражение мозга. Когда «удар» по мозгу происходит еще в утробе матери (патология беременности, алкоголизм родителей и т. д.) или в раннем детстве до трех лет, то результатом может явиться аномалия развития, которая и называется органическим характером (психопатия, акцентуация характера). Нередко особенности органического характера передаются по наследству (Волков П.В., 2000). В этом характере проявляется мозаика характерологических радикалов и их огрубленности (Бурно М.Е., 1998). Речь идет не о разных напластованиях на цельном ядре характера, само ядро характера состоит из частей разных характерологических ядер (радикалов) – в этом суть мозаи-

ки. У человека с таким характером нет характерологической цельности: в разные моменты он как бы разный человек (Волков П.В., 2000). Один из самых распространенных вариантов этого акцентуированного характера, описанный. М.Е.Бурно в 1983 г., простодушный. У этих людей заметна духовная ограниченность, а простодушие проявляется в их искренности, доверчивости, бесхитростности, душевности, доброжелательности, скромности.

Если в характере пациента доминирует истерический радикал или он относится к простодушному варианту (по М.Е.Бурно) органического характера, то в гипнозе легко обнаруживается сомнамбулическая стадия. Героиновые наркоманы с такой акцентуацией характера достаточно внушаемы и гипнабельны. Если наркоманический «стаж» небольшой (около года) и ежедневные дозы героина невелики (до 0,5 г в сутки), то данная методика лечения позволяет достигать длительной ремиссии, в отличие от психопатов органического круга, имеющих в характере возбудимый радикал. Здесь прогноз самый неблагополучный, как и при алкоголизме.

Помогая простодушному органическому акцентуанту вести трезвый образ жизни, не стоит вести его в музей (типичная ошибка родственников), лучше – увлечь природой, рыбалкой, строительством дачи, художественными ремеслами. Простодушные с необыкновенной душевностью тянутся к природе (Волков П.В., 2000).

ТТС им не осилить, поэтому возможно в комплексном лечении использовать АТ, частично терапию обучением и КПП.

Случай из психотерапевтической практики

Психотерапевтическое ведение больного героиновой наркоманией (с психастеноподобной аутистической акцентуацией характера) можно проиллюстрировать на следующем примере: больной А., 1981 г.р., поступил на реабилитационное лечение в психотерапевтический кабинет амбулаторного отделения 17 октября 1999 г. с жалобами на постоянные, порой навязчивые мысли о наркотиках («героиновые мысли»), тягу к ним после детоксикации и последнего (2-го) кодирования.

Анамнез жизни и заболевания

Родился от 7-й нормально протекавшей беременности, вторых родов в срок, с весом 3500 г, закричал сразу. Рос и развивался соответственно возрасту.

В школу пошел с 7 лет. Учился неплохо, но был недостаточно усидчивым, не воспринимал критику в свой адрес, довольствовался своей стройной логичностью внутри себя самого. Из-за этого «к нему всегда надо было как-то подстраиваться». Для него всегда была дилемма: ехать – не ехать, идти – не идти. Часто менялось и настроение. Отличался от сверстников своим парадоксально капризным характером (требуя к себе внимания) с некоторой оторванностью от реальной жизни, со склонностью к умозрительному мышлению. Мир внутрених субъективных схем – музыкальных, философских – всегда был выше реальной действительности, которая представлялась серой и скудной. Друзей было мало, так как к ним было трудно приспособиться. Был только один друг (и сейчас им остается), который имеет сложный характер.

Увлекался и сейчас увлекается фантастикой, из художников созвучны абстракционисты. «Чтобы как-то оживить восприятие такой действительности», в возрасте 13-и лет стал пробовать курить марихуану, а в 14 лет сочетал ее с обычным табакокурением. Вскоре ухудшилась успеваемость в средней школе. С 15-и лет стал эпизодически употреблять героин. Среднюю школу закончил с трудом. Поступил в вуз, но посещал его редко. В конце августа 1997 г. заболел гепатитом В и С. После стационарного лечения тяга к героину сохранилась, вновь возобновил прием героина. Родители убеждали и требовали прекратить употребление наркотиков, но еще не понимая всю серьезность заболевания, делали это слишком прямолинейно. Но больной этого сделать не смог и, чтобы приобретать героин, выносил из дома деньги, ценные вещи. Еже-

дневное употребление героина дошло до 0,5 г порошка с конца августа 1998 г. до декабря 1998 г. В январе 1999 г. лечился в наркологическом стационаре по программе 12 шагов в течение 5 недель. Мать пациента также изучала эту программу и осознала всю серьезность заболевания и важность участия в лечении всей семьи. В марте 1999 г. – 1-й рецидив. Через месяц – вновь детоксикация с последующим кодированием в июне 1999 г. и лечение гепатита в течение 3,5 месяцев реофероном. В начале октября 1999 г. – 2-й рецидив: в течение 7 дней употреблял героин, а затем по собственному желанию пошел лечиться в стационар, где ему провели детоксикацию и повторное 2-е кодирование. Чтобы избежать повторного рецидива, нарколог посоветовал амбулаторное наблюдение и поддерживающую психотерапию проводить в дальнейшем у врача-психотерапевта. В связи с тем, что после 2-го кодирования «все время думал о наркотиках», опасаясь повторного рецидива и вспомнив совет доктора, обратился за помощью к автору этого учебного пособия.

В неврологическом статусе – знаков органического поражения центральной нервной системы не выявлено.

В соматическом статусе – хронические бронхит, гастрит, гепатит – вне обострения.

Психический статус. Вял, гипомимичен, взгляд тускловат. В клинической беседе немногословен, отвлекаем, неинициативен. Однако при затрагивании темы об избавлении от наркозависимости проявляет установку на психотерапевтическое лечение. Абстрактно-логическое мышление соответствует возрасту и полученным знаниям. Эмоционально невыразителен. Настроение подавленное. Жалуется на небольшую тягу к героину и «героиновые мысли», порой навязчивые. Отмечает неустойчивость внимания и колебания настроения. По утрам – апатия. «Героин разрушает схему жизни и планы на будущее».

Программа психотерапевтического процесса

Цели реабилитационного лечения:

1. Жить без наркотиков при максимальной занятости, загружая весь день полезной деятельностью: учеба в институте, занятия в тренажерном зале и дополнительные уроки английского языка с частным преподавателем, еженедельно – бассейн и сауна, съемка видеофильма по собственному сценарию.

2. Научиться получать удовлетворение от собственной творческой деятельности, используя свои увлечения музыкой, фотографией и

кино.

Задачи: преодолевать «героиновые мысли», которые воспринимать как чуждые, ненужные, ложные; переключать для этого себя на творческие дела (из 1 и 2 пунктов, описанных выше); научиться получать удовольствие в процессе гипнотерапии и в процессе ТТС, занятий в тренажерном зале.

Методы лечения:

1. Гипнотерапия (ежедневно в 1-й месяц, 2-3-й месяц – через день, затем – 1-2 раза в неделю…)

2. Когнитивно-поведенческая терапия (1-2 раза в неделю со 2-го месяца лечения).

3. Активирующая психотерапия при каждой встрече.

4. Терапия творческим самовыражением (1 раз в неделю на протяжении всего амбулаторного лечения).

5. Терапия занятостью (с 1-го дня лечения ежедневно).

6. Атлетическая гимнастика (2-3 раза в неделю со 2-го месяца постоянно).

Этапность и последовательность психотерапевтического лечения:

1. Налаживание эмоционального контакта.

2. Гипнотерапия в 1-й месяц – ежедневно, 2–3 месяц 3 раза в неделю, 3–6 месяц – 2 раза в неделю, 6–12 месяц – 1-2 раза в неделю в сочетании с АП, ТТС, СП и КПП. АП проводится при каждой встрече. ТТС, КПП и СП – 1-2 раза в неделю.

3. Ежедневное ведение дневника самонаблюдения (отмечая самочувствие, настроение, существенные события дня, степень тяги и «героиновых мыслей») в течение 1-го года реабилитационного лечения. Далее – 1 раз в неделю.

Дневник врачебного наблюдения и самонаблюдения пациента

6 ноября 1999 г. К вечеру плохое самочувствие, слабость, раздражительность. Тяга к героину дотаточно сильная, «когда остаешься наедине со своими мыслями, поэтому надо себя чем-то постоянно занимать, пока не устанешь и не уснешь», т.е. использовать терапию занятостью. Умеренно выражен астенический синдром. Назначается мультитабс по 1 таблетке 3 раза в день. После гипносеанса улучшилось настроение ненадолго.

11 ноября. Настроение колеблется в течение дня. Во время гип-

носеанса «то расслаблялся и успокаивался, то в голову лезли свои мысли и отвлекался» (неустойчивый вариант ККГ). После гипносеанса спокойное настроение. К вечеру немного раздражителен. Занятие в тренажерном зале. «Приподнятое настроение и радость от того, что не встретил ни одного наркомана».

18 ноября. С утра приподнятое настроение, бодрое состояние. Получил удовлетворение от выполненного задания по английскому в институте. К вечеру заметно устал, перед гипносеансом настроение несколько подавлено, после гипноза настроение бодрое. К ночи были мысли о наркотиках, не очень навязчивые. Быстро переключился «на другую тему» и больше не вспоминал о наркотиках. ККГ: чувственно-пустой интравертированый сомнамбулизм (2-й уровень) – внушаемые образы имеют черно-белую, блеклую окраску

21 ноября. С утра, пока ехал в метро, были мысли о наркотиках. Начал думать о предстоящих занятиях и «забыл о наркотиках». К вечеру болел живот в области желудка. Настроение сразу понизилось, появилась раздражительность и мысли о героине. Но, когда боль в желудке прошла, о наркотиках не вспоминал.

26 ноября. С утра настроение спокойное. По дороге в институт появились мысли о героине, ненавязчивые, мимолетные, около 5 минут. Старался от них отвлечься, но «героиновые мысли» периодически вновь возникали. После гипносеанса «хорошее приятное состояние». Вечером веселое настроение.

29 декабря (71-й день без наркотиков). День прошел спокойно, настроение ровное. На приеме у врача хорошее настроение и самочувствие. «Мыслей о героине вспомнить не могу». ККГ – интравертированный сомнамбулизм с реализацией внушения в «ярких цветных красках как в реальности» (3-й уровень). Весь день сохранялось ровное, спокойное настроение. К вечеру усталость от учебы и занятий в тренажерном зале.

4 января 2000 г. (76-й день без наркотиков). Утром испытывал большую радость от того, что «даже во сне отказался от наркотиков». В ККГ яркий красочный интравертированный сомнамбулизм с амнезией постгипнотической (4-й уровень).

13 января. Состояние стабильное: ровное настроение, «героиновые мысли» не беспокоят, сон крепкий. Гипносеансы сокращаются до 2 раз в неделю. Занятие ТТС в виде творческого фотографирования.

31 января. Недельный отдых без лечения не вызвал обострения

симптоматики. Стабилизация состояния продолжается.

4 февраля. Удачно сдал зимнюю сессию. «Героиновых мыслей» практически нет.

29 марта. С утра повышенная раздражительность, быстро утомляется во время занятий в вузе, к вечеру настроение снижено. «Проскальзывают мимолетные героиновые мысли». Умеренно выражена астено-депрессивная симптоматика. Назначается эглонил по 1 таблетке 3 раза в день на 1 месяц, церебролизин и витамины группы В (В-1 и В-6 в средней дозировке) в течение 3-х недель.

С середины апреля по июнь 2000 г. состояние практически стабильное. В ККГ – полноценный интравертированный гипнотический сомнамбулизм. Прошел курс характерологии, клиники наркомании, основ психотерапии, КПТ, ТТС, регулярно занимался в тренажерном зале. Поправился, физически окреп. Сдал летнюю сессию на «удовлетворительно» и «хорошо». Собирается отдыхать на юге.

С июля по август 2000 г. отдыхал у моря. «Героиновые мысли» проскальзывали лишь изредка, а в августе их не отмечал.

24 октября 2000 г. (2-й год без наркотиков). Учится хорошо в институте. Занимается дополнительно английским и немецким языками, посещает курсы по вождению автомобиля. Написал самостоятельно рассказ. Помогает своей девушке справиться с ее проблемами в учебе, «морально поддерживает ее из-за эмоциональной неустойчивости». Психотерапевтическое лечение (включая сеансы гипноза) в амбулатории 1 раз в 1-2 недели. «Героиновые мысли» бывают лишь изредка на 1-2 секунды, когда возникает боль физическая или после ссоры с девушкой или с отцом. Отчетливой тяги к наркотикам не испытывает. В семье, в целом, теплые, добрые отношения с родителями. Они постоянно его не контролируют. Уезжают в недельные командировки. Остается дома один, стал самостоятелен в быту.

Анализ терапевтической динамики психопатологической симптоматики и ККГ

Основной синдром – психическая и физическая зависимость от героина, сопутствующие синдромы – астенический и астено-депрессивный в течение первого года комплексного лечения имели тенденцию уже с самого начала к подвижности и снижению своей остроты.

Если в первый месяц отмечалась отчетливая тяга к героину и соответствующие «героиновые мысли», порой навязчивые, то со второго

месяца лечения тяга была незначительной, преодолимой и «героиновые мысли» не были навязчивыми, мог от них отвлечься. Сохранялось астеническое состояние, но менее выраженное, колебания настроения еще имели место, хотя возникали реже. В этот период ККГ – в виде неустойчивого варианта (1-й уровень).

Астено-депрессивная симптоматика купировалась в течение месяца эглонилом, ноотропилом и витаминотерапией (В-1, В-6 и мультитабс) в среднетерапевтических дозах. На этапе снижения основной симптоматики в ККГ (чувственно–пустой сомнамбулизм) появились внушенные образы, но в черно-белых, блеклых красках (2-й уровень). В ноябре 1999 г. из-за обострения хронического гастрита лечится параллельно у гастроэнтеролога. К концу декабря купировалось обострение хронического гастрита и стабилизировался психический статус: настроение хорошее, устойчивое, отчетливой тяги к наркотикам нет, «героиновые мысли» не беспокоят. В ККГ интравертированный сомнамбулизм ярко-красочный (ремиссионный или стабилизационный вариант, 3-й уровень). До конца марта 2000 г. стабильность в состоянии сохранялась, а затем вновь появилась астено-депрессивная симптоматика, но менее выраженная, чем осенью, а «героиновые мысли» лишь «мимолетно проскальзывали». На фоне поддерживающей психотерапии эти явления купировались эглонилом, церебролизином и витаминами (В-1, В-6) в среднетерапевтических дозах уже быстрее, через 3 недели.

До ноября 2000 г. обострения симптоматики не отмечалось. «Героиновые мысли» возникают лишь изредко, в основном «когда возникает физическая боль или после редких бытовых ссор на несколько секунд». Отчетливой тяги к наркотикам не испытывает. Успеваемость в вузе хорошая. Самостоятелен в быту. В ККГ в отдельные дни интравертированный гипнотический сомнамбулизм, соответствующий здоровому человеку с аутистической акцентуацией характера (4-й, «полный», «целостный» уровень или вариант). Гипносеансы 1 раз в 1-2 недели продолжает творческим увлечением фото и написанием рассказов, съемкой видеофильмов по собственному сценарию.

Соотношение ККГ и психического статуса в динамике комплексного лечения

В результате 13-месячного наблюдения и лечения (психотерапевтического процесса) пациента А. можно проследить соответствие его ККГ динамике психического состояния. Имели место все 4 варианта

ККГ, сопряженные с определенными особенностями психического статуса:

1-й уровень (вариант) – неустойчивый: вызванная каталепсия нестойкая, а зрительные образы внушить не удается. Пациент то входит, то выходит из гипноза. В психическом статусе – колебания настроения, астено-депрессивная симптоматика, беспокоят «героиновые мысли», но тяга к героину преодолевается самостоятельно.

2-й уровень (вариант) – чувственно-пустой: внушенные образы в черно-белом, блеклом изображении при стойком гипнотическом состоянии. В психическом статусе колебаний настроения нет, астено-депрессивная симптоматика заметно снижена.

3-й уровень (вариант) – живой, стабилизационный или ремиссионный (внушенные образы в цветном изображении как живые, реально существующие) соответствует в психическом статусе состоянию ремиссии, когда нет отчетливой тяги к наркотикам, «героиновые мысли» мимолетные. Но сохранена небольшая вялость и некоторая рассеянность внимания.

4-й уровень (вариант) – полный, целостный как при полном здоровье бывает на фоне радостного настроения, при отсутствии в течение дня мыслей о наркотиках и тяги к ним при хорошей физической форме. Отмечается 1-2 раза в месяц в отдельные дни.

Таким образом, психический статус можно оценивать не только по чисто психиатрически-психопатологическим критериям, но и по ККГ (4 уровня или варианта).

Благодаря специфическим гипносуггестиям можно нейтрализовать «героиновые мысли» и устранять или снижать тягу к наркотику.

Сопутствующие методы психотерапии (АП, ТТС, КПП, СП) позволяют полнее реализовать стратегические гипносуггестии и творческие возможности пациента, изменить его поведение и образ жизни в сторону трезвой жизнедеятельности, научить получать удовлетворение от этого.

Литература

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. –М.: Медицина, 1988. – 528 с.

2. Бек А. Когнитивная терапия депрессий /МПЖ, №3, 1996, С. 69 - 92.

3. Бурно М.Е. Справочник по клинической психотерапии (Некоторые старые и новые способы лечения средствами души). –М.: РОМЛ, 1995, –76 с.

4. Бурно М.Е., Зуйкова Н. Л. Творческое самовыражение при психотерапии психопатических личностей. Пособие для врачей. – М.: Минздрав РФ, 1997. –21 с.

5. Бурно М.Е. О «простодушном» варианте личности больных хроническим алкоголизмом /Журнал невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1983, №2, С. 70-74

6. Бурно М.Е. Трудный характер и пьянство. – Киев, 1990. –177 с.

7. Волков П.В. Разнообразие человеческих миров (Руководство по профилактике душевных расстройств). –М.: Аграф, 2000. –528 с

8. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. –М: Наука, 1986. –576 с.

9. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях граждан при ее оказании», ч. 2, С. 20.

10. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение) – М.: Медпрактика, 2000, – 122 с.

11. Карвасарский Б.Д. (общая редакция) Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с. (Серия «Мастера психологии»).

12. Клиническая психиатрия /Под ред. Г.Груле, Р.Юнга, В.Майер-Гросса, М.Мюллера.–М.: Медицина, 1967. –831 с.

13. Козлов А.А., Бузина Т.С. Психологические особенности больных наркоманиями /ЖНП, 1999, №10, С. 14–19.

14. Колесов Д.В. Эволюция психики и природа наркотизма. – М.: Педагогика, 1991. –312 с.

15. Котро Ж., Моллар Е. Когнитивная терапия фобий /МПЖ, 1996, №3, С. 93–111.

16. Коуплан Рэйчел. Гипноз: практическое руководство. – СПб.: Питер, 2000. –288 с., ил. – (Серия «Сам себе психолог»).

17. Лекции по наркологии. Издание второе, переработанное и расширенное. /Под ред. Н.Н.Иванца. – М.: Нолидж, 2000. –448 с., ил.
18. Лурия А.Р. Язык и сознание. /Под ред. Е.Д.Хомской. –Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. – 416 с.
19. Майтова В.М., Майтова О.В. Исповедь матери бывшего наркомана. – М.: Советский спорт, 2000. – 448 с., ил.
20. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии.- 2-е изд., перераб. и доп. –М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. –432 с.
21. Минутко В.Л. Справочник психотерапевта. –М.: Издательство АО «Консалбалтбанкир», 1999. –360 с.
22. Мышляев С.Ю. Гипноз. –М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Издательство НГМА, 1999. –276 с.
23. Наркология /Под ред. Лоуренса С. Фридмана, Николаса Ф. Флеминга, Дэвида Х. Робертса, Стивена Е. Хаймана. –СПб.: Невский диалект
24. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро–М, 1997. –496 с.
25. Психиатрия, психосоматика, психотерапия /К.П.Кисникер, Г.Фрайберг, Г.К.Розе, Э.Вульф /Пер. с нем. –М.: Алетейна, 1999. –504 с., ил. (Гуманистическая психиатрия)
26. Райков В.Л. Биоэволюция и совершенствование человека. Гипноз, сознание, творчество, искусство. –М.: Издательский дом «Грааль», 1998. –667 с.
27. Руководство по психиатрии: В 2-х т.т. /А.С.Тиганов, А.В.Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. –784 с.
28. Руководство по психотерапии /Под ред. В.Е.Рожнова. – 3-е изд., доп. и перераб. – Ташкент: Медицина, 1985. – 19 с.
29. Салынцев И.В. Гипнотерапия в практике врача-психотерапевта (Пособие для врачей). –М.: Минздрав РФ, 1998. –69 с.
30. Салынцев И.В. Гипноз в комплексном лечении больных героиновой наркоманией с аутистической акцентуацией и особенности гипнотического состояния на этапе реабилитации /Материалы XXIII съезда психиатров России. –М., 2000. С. 265-266.
31. Салынцев И.В. Гипноз в диагностике и комплексном лечении небредовых ипохондрических расстройств эндогенно-процессуального происхождения /Диссертация на соискание уч. ст. канд. мед. наук. –М.,

1999. –125 с.

32. Свядощ А.М. Психотерапия: пособие для врачей. –СПб.: Питер, 2000. –288 с. – (Серия «Современная медицина»)

33. Солсо Р.Л. Когнитивная психология. /Пер. с англ. –М.: Тривола, 1996. –600 с., ил.

34. Стентон М.Д., Тодд Т.К. Структурная семейная терапия наркоманов /В кн. «Семейная психотерапия». –СПб: Питер, 2000. – С. 448-467.

35. Форель А. Гипнотизм или внушение и психотерапия. –Л., 1928. –245 с.

36. Шабанов П.Д., Штакельберг. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация /Под ред. А.Я.Гриненко. –СПб.: Лань, 2000. –368 с. (Серия «Мир медицины»)

37. Энтин Г.М., Энтина Е.Г., Курятов М.В. Опосредованная стрессопсихотерапия при лечении больных наркоманией /В матер. XIII съезда психиатров России. –М.: 2000. С. 280.

38. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. –Л.: Медицина, 1989. –192 с., ил.

39. Ясперс Карл. Общая психопатология /Пер. с нем. –М.: Практика, 1997. –1056 с.

40. Aszalos R., Mcduff D.R., Weintraub E., Montoya, Schwartz R. Engaging hospitalized heroin – dependent patients into substance abuse treatment. –J-Subst-Abuse-Treat. 1999 Jul-Sep; 17 (1-2): 149-158.

41. Kretschmer E. Medizinische psychologie. –Stuttgart, 1963, 381 s.

42. La-Salvia T.A. Enchancing addiction treatment through Psychoeducational groups.-J – Subst-Abuse-Treat. 1993 Sept-Oct; 10 (5): 439.

Содержание


ISBN5-7249-0502-7
9 785724 905022